

調 査 票

年 月 日 現在

氏 名	様	生年月日	昭和・大正・明治	年	月	日	現在
現 況	独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名)・入所中(施設名) ↳ 継続中の入院又は入所の開始日: 年 月 日 ↳ 申込日時の入所等の期間(年 月)						
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介 助	一人でできる・手伝えばできる・一人でできない			
	食 事	主) 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン)	介 助	一人でできる・手伝えばできる・一人でできない			
		副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー					
	排 泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ	介 助	一人でできる・手伝えばできる・一人でできない			
	入 浴	一般浴・リフト浴・特浴	介 助	一人でできる・手伝えばできる・一人でできない			
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー	要 ・ 不要					
身体状況	視 力	普通・見えにくい・見えない(左・右)	身 長	cm	体 重	kg	
	聴 力	普通・聴こえにくい・聴こえない(左・右)	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他)			
	発 語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有()			
	理 解 力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他)			
	障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知症高齢者日常生活自立度	I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
健康状況	現 疾 患			既往歴			
	主 治 医			TEL			
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他()					
	現在の服薬内容						
	感 染 症	無・有()	アレルギー	無・有()			
	皮 膚 刺 激	普通・弱い	手足のしびれ(麻痺)	無・有()			
	便 秘	無・有(服薬:無・有)	関節の動き(拘縮)	良い・悪い()			
	睡 眠	良・不良(服薬:無・有)	床ずれ(褥瘡)	無・有()			
飲み込み(嚥下)	異常なし・むせる・つめる		湿 疹	無・有()			
入 歯 齦	無・有(上・下)	口の中の状態	清潔・清潔ではない()				
介護の状況	主たる介護者氏名	年齢	才	性別	男・女	続柄	
	就労状況等	就業中・共働き・育児・その他()					
	介護期間	年 月 頃から	その他の介護者 無・有 名)				
	窓口相談	無・有(介護事業所・役所・地域包括支援センター・その他()) 居宅介護支援事業所名 () ケアマネージャー名 () 電話番号 ()					
住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅 階(エレベーター 有 ・ 無)					
	住宅改修	可・不可・改修済()					
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他)					
【介護上の悩み・困っていること】 ※別の用紙にお書き頂いても結構です。							